

精神科診療所から見た
精神科医療のビジョンプロジェクト
報告書

2016

総説 〈抜粋〉

Japanese Association of Neuro-Psychiatric Clinics

精神科診療所から見た 精神科医療のビジョンプロジェクト [答申]

公益社団法人日本精神神経科診療所協会
精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト委員会

全国に展開した精神科診療所を有力な社会資源と位置づけた、
わが国独自の精神保健医療福祉体制の構築が望まれる。
精神科医療の改革は Hospital based から Community based に
発想を大きく変えていく必要がある。

精神科診療所の現在は…

平成 26 年度の精神疾患患者数は 392.4 万人。
入院患者数は 31.3 万人、外来患者数は 361.1 万人。
そのうちの 53.5% を精神科診療所がカバー（平成 24 年 630 調査）している。
2016 年 12 月現在、日本精神神経科診療所協会正会員数は 1,692 名。

精神科診療所の特徴は… 多様性・自由・責任

精神科診療所の規模・地域性・専門性は多様である。
自由開業医制度のもと、フリーアクセスが保障されている。
ゆるやかな競争のもと、地域で生活する人々の精神的健康に責任を持っている。

2015 年日本精神神経科診療所協会会員基礎調査から

常勤スタッフ

・ 事務職員	67.2%
・ 看護師	40.7%
・ PSW	25.9%
・ 臨床心理技術者	20.8%
・ 作業療法士	1.9%
・ 薬剤師	3.2%

活動

・ デイケア等	24.5%
・ 精神科訪問看護等	12.4%
・ 訪問診療	14.1%
・ 学校医関係	23.1%
・ 産業医関係	30.9%
・ 保健所嘱託医	14.8%
・ 精神障害者福祉施設の運営	5.7%
・ 介護保険法関連施設の運営	5.6%

が関与

今後の精神科診療所の発展の方向性は…

- 専門性の明確化・機能分化と地域連携機能を伸ばしていくことが望ましい。
- とりわけ精神科診療所の「つなぎ～つながっていく」機能を強化する。
- 一人の医師の働きに依存した報酬体系からの脱却をはかる。
- 多職種の連携・アウトリーチが不可欠。

コメディカルの活動に対してもっと評価を…

- 精神科継続外来支援・指導料加算の、通院・在宅精神療法との同時算定、および地域における関係者会議やケア会議への出席に対する評価を求めていく必要がある。
- 家庭への訪問だけでなく、学校、職場などへの訪問支援や、ハローワークや関係機関などへの同行支援など、訪問看護の訪問先を拡大することが求められる。

外来精神科医療機能の強化のため、
コメディカルのさらなる採用が必要。

一つの診療所でやれることが限られている場合は…

- 診療所間での協力・連携を工夫したり、関係機関との連携を進めていく。
- 一つの診療所では取り組みにくい課題（就労支援など）に対して、いくつかの診療所が助け合うことで成果をあげられる可能性がある。

助け合おう、つながろう、そして精神科診療所の機能を強化しよう！

精神科病院との関係は…

- 精神科病床は、今後重度かつ慢性対応の病床を除き、急性期対応中心となる可能性がある。地域においては長期入院者の受け皿を作り、病院の急性期対応力の向上に貢献することが求められる。
- 病院と地域との信頼関係に基づく好循環を確保していくように努める。
- 地域連携バスの作成など、入院医療と外来医療の相互乗り入れの工夫をする。
- 連携しながら地域移行を進めるため、時には二人の主治医が関わる形も考慮する。

精神科救急について…

措置診察や輪番診療所体制に協力しているが、都道府県による差が大きい。

- 時間外に、自殺未遂者やひきこもり事例などの受入れ枠を確保することも可能である。
- 総合病院に救急搬送 3 日以内に診察協力体制を作り上げている診療所群もある。
- 初期救急を夜間休日のみに限局せず、診療所による地域貢献を引き出すべき。

福祉との関係は…

- 精神障害は疾患と障害の両側面があり、地域ケアは医療と福祉の協力連携が不可欠である。
- 今日まで医療と福祉に共通の言語が育っていない。医療と福祉をつなぐ回路が必要。
- 医療へのアクセスを保証し、症状の変化にきめ細かく対応できる支援体制を構築する。
- 医療機関においても、ケアマネジメント機能を備えていく必要がある。
- 医療機関の作成した個別支援計画も計画相談に組み込めることが望ましい。

軽度または中等度の精神疾患には…

- 統合失調症や気分障害の軽症化やうつ病、発達障害の増加など疾患像の変化、なお多数の自殺者、いじめ・虐待・不登校、ひきこもりなどの精神的危機に対応していく必要がある。
- 不安や苦悩に寄り添い、回復に向けて希望を与え、生きていくための支援を行っていく。
- 診療所では薬以上に、そこにいる医師という存在が重要であることを再確認する。

経験を積んだ専門家に直接アクセスできる、わが国のシステムを評価すべき。

中等度または重度の精神疾患には…

- 「重度かつ慢性」基準に合致する患者が、地域で生活継続できているありようを調査し、今後の支援のありかたにつなげていく。
- アウトリーチ推進事業を経て、精神科重症患者早期集中支援管理料の診療報酬化に対応。
- 保健所を中心とした地域生活支援事業は、医療と保健の回路を確保すべきである。多職種によるチームを形成し、アウトリーチを行う機能を持った精神科診療所に委託することも可能である。
- さまざまな生活上の困難を抱え、一对一の医師の診察だけでは QOL や症状の改善が見込めない複雑・多問題事例に対して、医療機関からのケアマネジメントを可能にする。

精神科診療所を組み込んだ医療計画を…

- (a) クロザピン等を使用した地域連携体制の整備
- (b) 精神科救急入院料病棟の整備と連携協力体制
- (c) 総合病院に身体合併症対応機能の確保
- (d) 医療観察法指定通院機関の確保
- (e) 精神科救急医療、自殺未遂者対策の見直しと危機対応チームの立ち上げ
- (f) 精神科医療圏域と市町村との役割分担
- (g) コミュニティメンタルヘルスチームの設置と地域ケア会議の開催 など

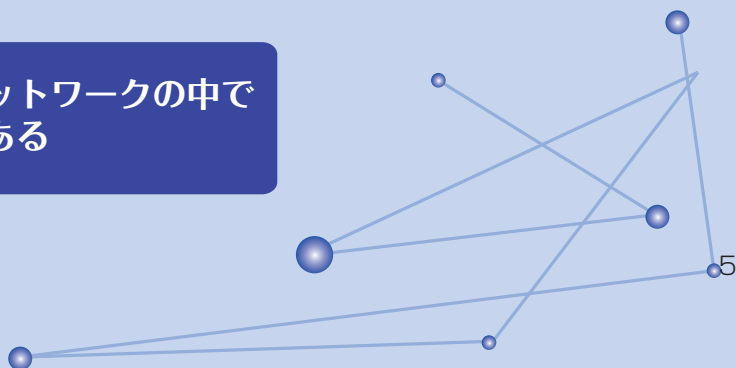
地域責任制と連携について…

- 精神科診療所は、その属する市町村あるいは2次医療圏をゆるやかなキャッチメントエリアとして設定し、そこからの受診要請には積極的に答えていくことが望ましい。
- 多職種がチームを組み、アウトリーチを含めて支援していく。場合によっては関係機関が協力連携する形で支援体制を組んでいく必要がある。
- 基礎自治体である市町村に地域のメンタルヘルスに責任を持つチーム、いわゆるコミュニティメンタルヘルスチーム（CMHT）を立ち上げるのが望ましい。
- 精神疾患においても基本は市町村の責任とし、足りない部分は保健所や精神保健センターで補う。精神科診療所と市町村が連携して地域に責任を持つ形が望ましい。

地域を耕していく…

- 地域包括的ケアシステムは、高齢者介護だけでなく障害者福祉、子育て支援、生活困窮者支援なども含む。精神障害を持っていても住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援の包括的な確保が求められる。
- 医療・介護・予防・住まい・生活支援などの関係機関が連携し、精神障害に対して寛容で、共に生きる社会実現に向けて豊かなネットワークを作っていく必要がある。
- 関係機関がそれぞれの特性を生かして活動し、それがつながりあって有効に機能していくために、市町村を中心としたネットワークが形成されることが望ましい。

精神科診療所は地域社会のネットワークの中で積極的役割を果たす可能性がある



[総説]

精神科診療所から見た 精神科医療のビジョンプロジェクト

精神科診療所から見たビジョンプロジェクト委員会

平成 28 年 12 月

公益社団法人日本精神神経科診療所協会
会長 渡辺洋一郎 殿

精神科診療所から見たビジョンプロジェクト委員会委員長
上ノ山一寛

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト答申

本委員会では、貴職から発せられた平成 25 年 2 月 4 日付の諮問を受けて、精神科診療所から見た独自の視点での精神科医療のビジョンについての検討を続けてきました。

この度、これまでの検討結果をとりまとめ、報告書としてここに答申します。

諮問内容

行政・精神科病院等々さまざまところで精神科医療について語られていますが、我々精神神経科診療所協会としてのビジョンは表明しておりません。今後、精神科診療所が本当の意味での地域医療になくってはならない存在となるには、診療所協会としての姿勢を示し今後の精神科医療の在り方についての方向性や問題提起をしつつ、会員相互の意識の向上を目指すような団体表明の作成を検討すべきと考えます。以上のことを踏まえ、具体的方法等について統括的に検討していただきたく諮問いたします。

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト委員

委員長 上ノ山一寛（滋賀）	委員 早苗 麻子（北海道）
委員 池田 淑夫（愛知）	委員 紫藤 昌彦（東京）
委員 窪田 幸久（静岡）	委員 田川 精二（大阪）
委員 後藤英一郎（福岡）	委員 原 敬造（宮城）

I はじめに

精神保健医療福祉の改革ビジョンで、入院医療中心から地域生活中心へとと言われて久しい。精神科医療の改革についても長らく検討されてきたが、これまでの議論は長期入院者の地域移行や精神病床の削減が中心となり、精神障害者を地域で支える外来医療のあり方についての言及はわずかだった。入院治療の見直しが必要なのは論を俟たないが、まず入院ありきの議論はそろそろやめるべきであろう。精神科医療の改革は Hospital based から Community based に発想を大きく変えていく必要がある。精神障害を持つことで、一時的に入院という選択があっても、人々はやがて地域に戻っていく。基本は地域における生活であることを確認すべきだろう。

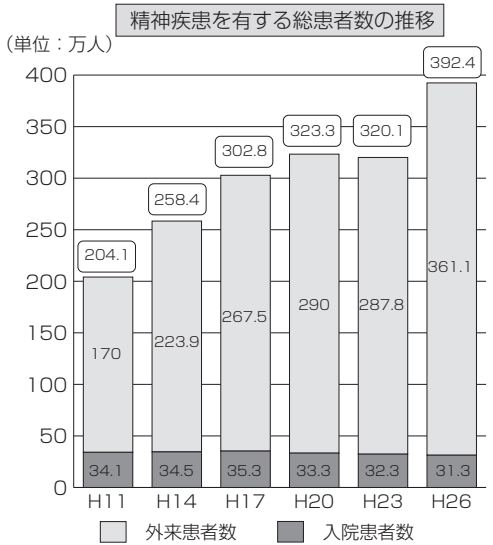
今日、様々な精神的葛藤を抱えて、多くの人々が精神科診療所を受診している。それは入院生活から地域移行してくる患者に留まらない。精神科診療所は一次予防から三次予防まで幅広い領域をカバーしていくことが期待されている。日本の精

神科診療所はアクセスの自由度が高いこと、専門性が高いこと、コストパフォーマンスが高いことという世界でもまれな特徴を有している。全国に展開した精神科診療所を有力な社会資源と位置づけた、わが国独自の精神保健医療福祉体制の構築が望まれる。

厚労省資料によれば平成 26 年度の精神疾患患者数は 392.4 万人で、そのうち入院患者数は 31.3 万人、外来患者数は 361.1 万人である。すなわち、精神疾患患者の 92.0% は外来でケアされている（図 1）。また平成 24 年 630 調査によれば、そのうちの 53.5% を精神科診療所がカバーしている（図 2）。精神疾患が 5 疾病に加えられ、精神障害者を地域で支えていく仕組みが求められている今日、地域における精神科診療所の存在は欠かせない。Hospital based の議論から脱却していくためには、Community based の観点からの情報発信が不可欠である。このようななかで、精神科診療所から見た精神科医療のビジョンをまとめることになった。

全国に展開した精神科診療所は、地域ケアの主役として登場しつつある。高い専門性を持った集合としての精神科診療所は、地域社会における精神的健康を守るためのわが国独自の制度とさえ言える。それぞれの精神科診療所がその外来機能を

精神科診療所の現在 ①



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

図 1

精神科診療所の現在 ② (H24年 630調査)

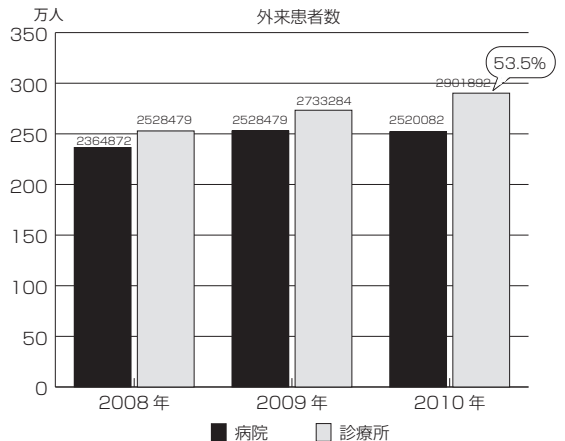


図 2

さらに強化していくとともに、一つの診療所でできないことは、いくつかの診療所で協力し合い、また関係機関とつなぎつなげる工夫を凝らし、その存在意義をより明らかにしていかなければならない。

今や、精神科診療所の時代の幕が開かれたと言っても過言でないと思われる。その役割と責任に自覚的であるために、このビジョン報告書が少しでも役に立つことを願う。

II ビジョン作成のプロセス

II-1 モデル診療所

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンについて検討を進めるにあたって、まずモデル診療所を選び訪問調査を行うことと、有識者のインタビューを行った。その後、いくつかのテーマを選び講演会を開催した。これらを踏まえて、毎理事会の後プロジェクト委員会を開催し、議論を積み重ねた。今報告書は各委員がそれぞれテーマを分担し、責任執筆を行う形をとった。プロジェクト委員会での議論を踏まえ、各委員の個性を生かしたアンサンブルとなっている。

まず7つのテーマごとにモデル診療所を選び、訪問調査を行った。モデル診療所は以下の通りである。専門性を中心に7つの診療所を選び、設立から今日に至るご苦労や工夫、その志と成し遂げた成果、後に続く人たちへの教訓などを語っていただいた。

1. 児童青年期 かずおメンタルクリニック
(愛知 平成 15.1.20 開設)
2. 認知症・高次脳機能障害
エスポアール出雲クリニック
(鳥根 平成 3.4.1 開設)
3. リワーク・病院 湖南クリニック
(滋賀 S 55.4.20 開設)
4. デイケア・司法 ほっとステーション大通公園メンタルクリニック
(北海道 平成 11.8.2 開設)
5. ひきこもり 心療クリニックパティオちた
(愛知 平成 18.8.27 開設)

6. アルコール 東布施辻本クリニック
(大阪 平成 5.10.1 開設)
7. 統合失調症・多機能 三家クリニック
(大阪 昭和 56.4.23 開設)

モデル診療所は、はからずも比較的大規模な診療所中心の選定となった。それぞれの診療所は専門性をもってスタートしたが、専門性を追求していくなかで比較的大規模、多機能となっていったようである。開設時の年齢は29歳から63歳まで幅広い。開業して今日までの時間は7年から35年までずいぶん異なっている。開設時の志は概ね満たされているようだが、次々と新しい課題が見つかり、今なお新しい挑戦をされている。当初から完成形を目指してきたわけではなく、必要な機能を加えてくることによって、今日の形となっていることがわかる。開設者一人ですべてつくってきたのではなく、必ず優秀な仲間やスタッフとの共同作業であり、地域には有力な協力者が存在している。日常の診療に加えて、積極的に診療所の外に出てネットワーク作りに取り組まれている。

II-2 有識者インタビュー

モデル診療所の訪問調査と並行して、有識者インタビューを行った。人選は、各委員がそれぞれ推薦し、インタビュー当日に出席可能な先生方に来ていただいた。大学教授から有識者を選んだのは、精神科診療所の今後を考えていくとき、地域ケアに関心のある若い精神科医の養成が不可欠と考えたからである。

「入院治療とは全く違う技術と経験が必要」「多種多様な、どういうニーズを持った方かわからない人にちゃんと対応する能力が必要」「診療所では治る人がいて驚いた」「誰でも診られるジェネラルであることを求められる」などといった、精神科診療所への評価や期待感を頂戴した。一方で、「誰が専門医かわからない」「その医者が得意としているものがわかると助かる」などといった診療内容の可視化を求められた。このようなインタビューをきっかけに、大学の講座担当者の精神科

診療所への理解が深まるとともに、各地の大学に地域精神医学講座などができ、地域ケアの在り方の研究が学問的に評価される時代が到来することが期待される。

II-3 各領域との意見交換

モデル診療所の訪問調査、有識者のインタビューの後、以下の領域のオピニオンリーダーを招き講演会を開催し、それぞれの領域の最新の知見を得るとともに、精神科診療所との関係について意見交換を行った。これら講演会の内容については、既に日精診ジャーナルで報告済であるのでそちらをご確認いただきたい。

・精神科病院の立場から2014.3.30

(日精診 journal 40 巻 4 号、2014.7)

講師：千葉 潜先生（青南病院院長・日本精神科病院協会常務理事）

演題：「精神科病院の現状とこれから、精神科診療所に求められているもの」

・福祉の立場から2014.5.25

(日精診 journal 40 巻 5 号、2014.9)

講師：岩上洋一先生（NPO 法人じりつ代表理事）

演題：「地域において福祉と医療はどのようにして連携していけるのか」

・行政の立場から2015.2.15

(日精診 journal 41 巻 3 号、2015.5)

講師：福田祐典先生（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所所長）

演題：「地域包括ケアシステム時代の地域精神医療～多機能垂直統合の展開へ～」

・医療計画策定の立場から2015.3.1

(日精診 journal 41 巻 4 号、2015.7)

講師：佐々木昌弘先生（厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長）

演題：「地域包括ケアシステムにおける精神科医療～精神科診療所への期待～」

・精神科救急に携わる立場から2015.8.9

(日精診 journal 41 巻 6 号、2015.11)

講師：平田豊明先生（千葉県精神科医療センター

病院長／日本精神科救急学会理事長）

演題：「精神科救急の現況と診療所活動」

III 精神科診療所の多様性

III-1 多様性と自由

精神科診療所をひとことで言い表わすことは難しい。極端に言えば診察室と机があれば成り立つので、わずかの事務職員を置くだけの小規模診療所から、地域ケアを志向して多数の様々な職種を抱える大規模・多機能診療所まで多様である。また、精神科医には地域のかかりつけ医としての側面と精神科専門医としての側面がある。精神科というくりの中でもさらに専門性を限定して行う場合もある。多くの診療所が集中している都市型から過疎地域における孤立型まで、地域差が大きい。このように、精神科診療所は多彩である。

一方、精神科診療所は自由開業医制度のもとにあり、診療報酬や、設置基準などによって幾ばくかの規制はあるものの、精神科医の個性やライフスタイルに応じて自由に開業し、自由に活動を展開していくことが可能である。全ての地域で複数の診療所があるわけではないので、自由に受診先を選択できるというわけではないが、フリーアクセスが保障されており、患者は自由に診療所を選ぶことができる。

III-2 多様性と責任

わが国の精神保健医療福祉体制は、これまで民間精神科病院が中心になって担ってきた。国としての責任を曖昧にし、民間に丸投げするなかで安上がりの精神保健医療福祉体制が作られ、結果として諸外国に比して多くの精神科病床が維持されてきた。しかし今日、入院中心から地域生活中心へと、精神保健医療福祉体制が大きく変わっている。わが国の逼迫した財政事情の中で、新しい体制に向けて大きな投資を望むことは難しい。それならば、全国に展開した民間の精神科診療所を活用する仕組みを考えていくべきであろう。

確かに一つ一つの精神科診療所の力は弱い。診療報酬のわずかな上げ下げによって、その命運が翻弄されてしまうような存在である。「無責任で気楽な9時・5時診療所」などと揶揄されることもある。しかし精神科診療所は、ゆるやかな競争のもと、自らの責任において適切な経営判断を行い、地域に受け入れられる努力をし、そこを利用する人々の精神的健康に責任を持っている。今後ますます地域ケアが進み、精神科診療所はわが国の精神保健医療福祉体制の中心に位置するようになっていくだろう。その信念と覚悟が問われている。

そのためには、精神科診療所としてどのようなことができるだろうか。まず、それぞれの専門性を高めたり、診療の質の向上に努める必要がある。また、開業した後、孤立化し、たこつぼ化した日常の中で自足してしまうリスクを常に抱えている。そのようなリスクを回避するとともに、精神科診療所のあり方について理解を求め、信頼を獲得していくためには、その活動内容をより一層見える化し、人々に周知していく必要があるだろう。その上で、必要に応じて診療所同士が助け合い、つながりあい、それなりの責任を分かち合う体制の構築が望まれる。

IV 精神科診療所の現在

IV-1 精神科診療所数の変化

日本精神神経科診療所協会は平成7年に法人化した。その設立総会では診療所の数がこのまま2次曲線的に増えていくのではないかと希望的な観測が述べられることもあった。しかしそれから20年が経過し、精神科診療所の伸びは頭打ち傾向にある(図3)。会員数は確かに増加傾向にはあるが、この数年はその勢いが鈍ってきている。新入会会員はそれなりに存在しているが、一方で引退したり亡くなって閉院になる精神科診療所の数も増えており、入退会の数が拮抗しつつあることを示している。

平成17年と平成27年の日精診会員基礎調査から

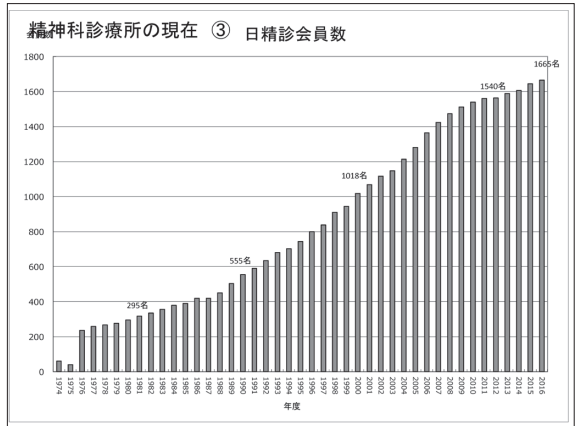


図3

ら会員数の変化を見ると、団塊の世代の山が右方へ移動しており、10年後が透けて見える(図4)。精神科診療所にも「2025年問題」が存在しているのではないと思われる。団塊の世代がすべて75歳以上となる時はすぐ目の前にある。この世代の多くの精神科医師たちが病院精神科医療に飽きたらず街に出たことによって、1980年代以降の精神科診療所の急増現象が起こった。しかしこの世代が引退したあとに、精神科診療所は依然として有力な社会資源として存在しているのかどうかは、いまだ不透明である。精神科診療所の増加が一時的なバブル現象であったのか、わが国の精神保健医療福祉体制の有力な社会資源として生き残れるのか、今まさにその真価が問われている。

IV-2 精神神経科診療所のスタッフ、活動

2016年6月現在で日本精神神経科診療所協会(日精診)会員数は1,664人である。2015年度の日本精神神経科診療所協会会員基礎調査で常勤スタッフの配置を見ると、事務職員は67.2%、看護師40.7%、PSWは25.9%、臨床心理技術者は20.8%、作業療法士1.9%、薬剤師は3.2%である(図5)。チーム医療を推進し、外来精神科医療機能の強化を考えると、PSWと臨床心理技術者の採用はまだまだ少ない。

また2015年度同調査によると、デイケア等(ナイトケア、ショートケア、重度認知症患者デイケ

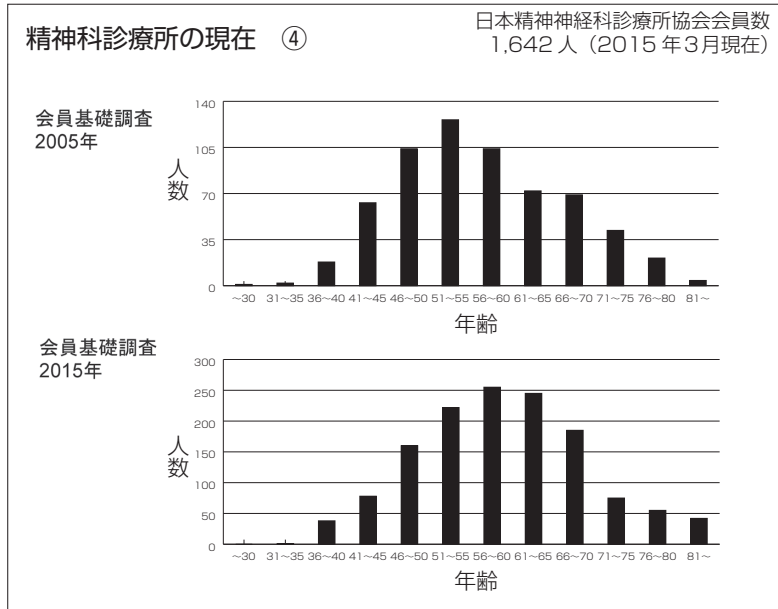


図 4

精神科診療所の現在 ⑤ 2015年度 日本精神神経科診療所協会会員基礎調査

		常勤	非常勤
staff	事務員	67.2%	43.1%
	看護師	40.7%	29.2%
	准看護師	17.2%	11.9%
	PSW	25.9%	9.1%
	臨床心理技術者	20.8%	33.8%
	作業療法士	1.9%	1.0%
	薬剤師	3.2%	0.3%
	Day care / out reach		
	デイケア等	24.5%	
	精神科訪問看護等	12.4%	
	訪問診療	14.1%	
		その他	
collaboration		学会専門医	79.9%
		指定医	91.5%
		学校医関係	23.1%
		産業医	30.9%
		保健所嘱託医	14.3%
		障害者総合支援法関連	5.7%
	介護保険法関連	5.6%	

「公益社団法人日本精神神経科診療所協会
データNo2引用」

図 5

ア含む)は24.5%、精神科訪問看護等(訪問看護含む)は12.4%の診療所で実施している。その他に訪問診療は14.1%の診療所で行っている。診療所の外での地域社会とのつながりとしては、学校医関係は23.1%、産業医関係は30.9%、保健所嘱託医は14.8%の関わりがある。精神障害者福祉施

設(いわゆる作業所やグループホームなど)の運営には5.7%の診療所が関わっている。介護保険法関連施設の運営には5.6%が関わっている。

V 精神科診療所の機能強化

V-1 精神科診療所の発展の方向性

今日の診療報酬体系は、医師一人の働きに大きく依存したモデルによって組み立てられており、チーム医療や地域連携への評価はまだまだ乏しい。それでも、様々な形で多職種によるチーム医療やアウトリーチを行い、関係機関との連携を図りながら、それぞれの精神科診療所は機能強化を推し進めている。

今後の精神科診療所の発展の方向性の一つとしては、その専門性を明確にし、機能分化していくことがある。診療所医師の思い入れが反映された多様な専門性がある。多くの精神科医は、精神科総合医あるいはこころのかかりつけ医ともいべき存在であり、全ての精神疾患に対応できるとともに、必要に応じて他機関につないでいくことができる。その上で、児童、アルコール、認知症、発達障害、リワーク、就労支援などの専門性に基づいた機能分化が考えられる。

もう一つの発展の方向性としては、いわば地域連携機能を伸ばしていくことである。地域連携機能を強化した精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ結節点に位置していると考え、人材・情報・サービスが精神科診療所を経由することで、地域のネットワークの充実につながる可能性がある。場合によっては地域のネットワークのハブ機能を持つ可能性がある。このような2つの発展の方向性を縦横の軸として作られる座標空間のなかで、それぞれの診療所の位置を確認していきたい。

V-2 精神科診療所の「つなぎ～つながっていく」機能

このようにして、それぞれの診療所の機能強化を図っていく必要があるが、わが国の精神科診療所は小規模なものが多い。マンパワーも少なく、一人の医師の働きには限界がある。専門性を高めていくにしても、地域連携機能の強化を進めていくにしても、診療所における看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理師など多職種の連携が不

可欠である。また、一つの診療所でやれることは限られているので、診療所間での協力・連携を工夫することや、関係機関との連携を進めていくことも必要になるだろう。

精神科診療所の機能をさらに高めていくためには、「つなぎ～つながっていく」機能を強化していく必要がある。人と人をつなぐ、人とサービスをつなぐ、サービスとサービスをつなぐなどである。精神科診療所は「つなぎ～つながっていく」機能をもっていることで最も評価されると言えよう。とりわけ地域連携機能強化型精神科診療所として伸びていくためには、様々な関係機関と連携する必要がある。そのためには、それぞれの機関をつないでいく役割が必要となる。その役割を担うのは、精神保健福祉士を中心とした外来コメディカルである。外来コメディカルが配置されることで、地域連携機能は飛躍的に強化されるが、報酬上適切な評価を受けていない。

V-3 コメディカルの活動評価を

具体的には看護師、精神保健福祉士などコメディカルによる相談支援活動や、関係領域をつないでいく活動に積極的な評価が必要である。たとえば、精神科継続外来支援・指導料加算は通院・在宅精神療法と同時算定が認められていない。また、訪問看護は家庭への訪問のみ認められているが、学校、職場などの活動の場への訪問支援や、ハローワークや様々な相談機関への同行支援などへの評価が必要である。また、関係機関と連携しながら支援を強めていくためには、地域における関係者会議やケア会議への出席が必要となるが、その評価も必要である（図6）。

V-4 いくつかの診療所のつながり

いくつかの診療所がつながっていく例として、NPO 大阪精神障害者就労支援ネットワーク（JSN）の場合を挙げてみる。大阪精神科診療所協会の有志が中心となって2007年に就労移行支援事業所を立ち上げている。精神障害者の就労したいという気持ちに応じて、就労を支援していく

平成22年6月17日第4回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 資料

アウトリーチ支援実現に向けた考え方

【基本的な考え方】

- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にすることを基本とする。

【具体的な方向性】

- ① 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。
(一医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ② 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③ 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④ 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤ 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。

図 6

仕組みを作り上げた。6年間で154名が就職し、その8割が就労継続している。精神障害者の場合、就労できても定着することが困難と言われてきた。有志診療所群がバックに控えていて、このような高い定着率を支えている。精神科診療所と自立支援事業所と企業の間を、有志診療所の精神保健福祉士を中心としたコメディカルがつかないでいる。

診療所コメディカルのこのような役割に対価は認められていないが、いくつかの診療所が協力することによって、効果的な就労支援に結びついている。就労支援という、診療所では取り組みにくい一つの課題に対して、いくつかの診療所が助け合い、機能を補い合うことで大きな成果をあげている。あるいは、関係機関との連携の中で、利用者の様々な生活上の問題に対応していくことが可能となる。診療所が持つ多様性を生かしながら、助け合い、補い合い、つながりあっていくこと。そのことによって、さらに積極的な機能を果たしていくことが可能となってくるだろう。

助け合おう、つながろう、そして精神科診療所の機能を強化しよう！

VI 精神科病院との関係

VI-1 変わっていく精神科病院

精神科病院は大きく変わろうとしている。わが国の精神科病床数は高いレベルで留まっており、脱施設化が進んでいないと言われている。精神科病床数については、慢性期病床のカウントの仕方が国によって異なっているため、単純な比較は難しい。平均在院日数についても長らく高止まりだったが、徐々に減少してきている。最近の病院報告によれば平成1年に496日だったが、平成24年には292日まで短縮されている。平成23年度の厚労省推計によれば、1年間に39.7万人が入院したが、そのうち23万人(58%)が3カ月以内で退院し、1年以内には34.6万人(87%)が退院している。

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会の整理(平成24年6月)によれば、今後は重度かつ慢性の患者を除いて1年以内に退院させることが求められている。そのうち、3カ月未満の患者に対しては、医師看護職員は一般病床と同等の配置とするなど、安全で質の高い入院医療を提供することとし、3カ月から1年未満の患者に

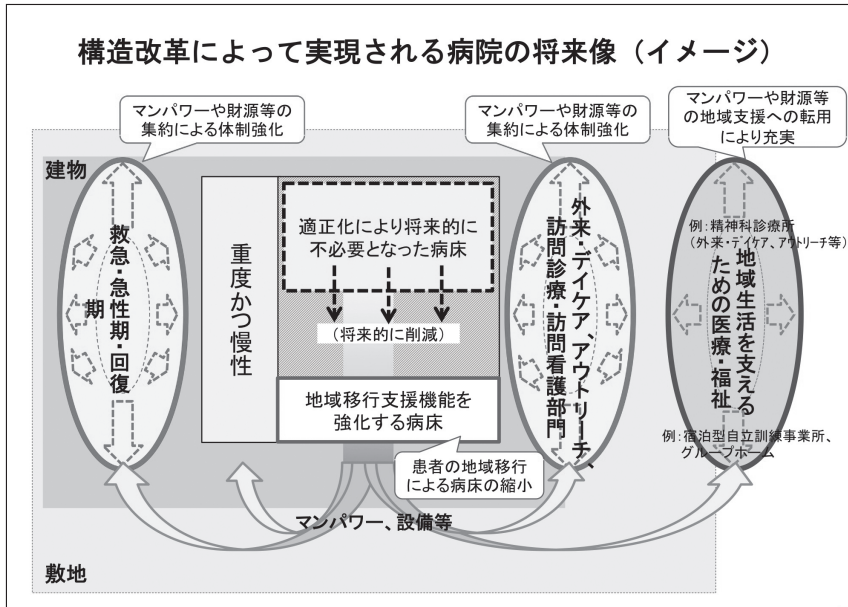


図 7

対しては、多職種によるチーム医療の促進などにより生活機能を向上させ、退院支援をより充実させるとしている。

このように新規入院患者の早期退院が進められる一方で、約 20 万人が 1 年以上入院しているという現実もある。平成 23 年度の厚労省推計によれば、1 年以上の長期入院者が毎年 5 万人退院する一方で、新たに 5 万人が 1 年以上の長期入院者となっているため、長期入院者の数に大きな変化が認められない。

これに対し、「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」などを行うとともに、病院の構造改革に係る取組みが積極的に行われている。平成 28 年度診療報酬改定では地域移行機能強化病棟が位置づけられ、病床削減に向けてさらに一步を進めていくことが求められている (図 7)。

VI-2 精神保健福祉法の改正

このようななかで、平成 25 年 6 月精神保健福祉法が改正され、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針

を策定し、保護者制度を廃止し、医療保護入院における入院手続等の見直しを行った。また、精神医療審査会に関する見直しも行った。

医療保護入院者に対して、退院後の生活環境相談員を選定し、地域援助事業者との連携しつつ、退院支援委員会を開催するなど、地域生活への移行を推進する体制の整備が求められている。その際、入院前に診療を行っていた地域の医療機関等とも連携をしながら、退院後の生活環境の整備状況等を踏まえつつ、随時、精神障害者に対する入院医療の必要性について検討する体制を整備するとされている。

このことについては、措置入院についても同様のことが進められるべきである。将来的には措置入院と医療保護入院の一本化した非自発的入院制度の検討が必要との意見もある。措置入院も、医療保護入院も公的な権限による非自発的入院である以上、地域移行や地域定着に向けての公的な責任が発生するのは当然であろう。また、措置入院も、医療保護入院も、退院時には任意入院に変更され、地域との連携が必ずしも必要とされない場

合がある。このようなことを含めて、入院中の治療内容がブラックボックス化されて、地域に引き継がれないことを防ぐために、病診の緊密な連携の工夫が求められる。

VI-3 病診の連携と信頼関係

入院治療が必要となった場合、これまでは外来通院中の治療状況や生活状況については、診療情報の提供などのやりとりで済ませられることが多かった。今後は早期退院をめざした、ケア会議の開催が入院早期から実現することが期待される。入院中の患者の支援のあり方について、外部の医療機関の意見を聞くことにはいくばくかの抵抗感があるかもしれない。そのような体制が構築されるためには、精神科病院と精神科診療所をはじめとする地域の医療機関とのきめ細かい連携体制と信頼関係がないと困難であろう。

また、精神医療審査会の機能が大幅に強化されるに伴い、精神科診療所医師が入院医療について意見を求められることが増えることも想定される。このような場合にも、精神科病院と精神科診療所が地域精神科医療の質の向上という一つの方向に向かって進んでいく同志として、ともに手を携えていくことが期待される。

VI-4 二人主治医制の可能性

入院中の早期退院支援のために、これまで外来診療に関わってきた診療所医師も参加していくなれば、一時的にせよ入院と外来の同時並行的な進行も想定される。そうなると二人主治医制が必要になってくるであろう。入院と外来で主治医が変わってしまい、治療の連続性が保たれないことが起こりがちであった。陸上のリレー競技ではバトンを受け渡すときに一定の併走区間があるように、連携しながら地域移行を進めていくためには関係機関の併走が必要であり、二人の主治医が関わる形が求められる。

早期退院支援のため以外には、以下のような場合に特に二人の主治医制が担保される必要がある。(1) クロザピンの処方において身体チェック機能

を精神科病院が受け持つ場合、(2) 難治性うつ病に対する修正型電気痙攣療法を精神科病院で受け持つ場合、(3) 薬物調整・環境調整のための一時的入院を行う場合、(4) 心理教育のための一時的に教育入院を行う場合、(5) 家族の休息のためにレスパイトケアのための入院を行う場合などである。長期入院者の地域移行のために、一時的に精神科診療所のデイケアを利用する場合もあるだろう。それぞれの場合において、入院期間中は病院の主治医が第一主治医となるが、入院後の治療継続を地域の精神科診療所が受け持つ場合には、その主治医が第二主治医となる。このような形できめ細かい連携構築されていけば、地域生活支援のあり方がより一層充実するものと考えられる。

VII 精神科救急について

VII-1 精神保健指定医の要件

平成24年度診療報酬改定で、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の要件が定められた。(1) 精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）を年1回以上行うこと、(2) 地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を年6回以上行うこと、(3) 救急情報センター等に連絡先を登録し、標榜時間外の問合せに応じること、という3要件となっている。これらの要件のうち、2つをクリアする必要がある。

(1) の措置診察等は実績主義なので、それに手を挙げた医師が全てこの要件を満たすことは有りえない。(2) については、救急システムのあり方が都道府県によって大きく異なっており、不公平を前提とした診療報酬となっている。(3) はマイクロ救急にあたり、救急情報センター等に連絡先を登録することで、自院患者に対する救急対応能力を向上させることができる。しかし各地の救急情報センターの機能は整理されていない。

そもそも診療報酬で指定医の働きを誘導しようとするのは無理がある。指定医のもつ強制性に与することを良しとせず、あえて指定医を取得せず、あるいは返上して開業した精神科医たちもい

平成28年度診療報酬改定			
医療機能に応じた入院医療の評価について⑪			
総合入院体制加算の実績要件等の見直し			
▶ 総合入院体制加算について、総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、実績要件等の見直しを行う。 総合入院体制加算1 ⇒ 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点 総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 180点(新) 総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算3(1日につき・14日以内) 120点			
	総合入院体制加算1	(新)総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心臓を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
	年間2,000件以上		
(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること			
精神科要件	精神科患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上
(経過措置) 平成28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成28年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとする。14			

図 8

る。指定医であろうとなかろうと、臨床医であれば、救急に対応していく志は十分に持っているはずである。その志に訴えかけ、臨床医としての誇りを満たす要件ではない。

VII-2 精神科救急における精神科診療所の活用

地域の精神科救急医療体制の一環として仮に輪番診療所体制を組めたとしても、初期救急の利用者は限られている。精神科診療所の精神科救急への活用についてはもうひと工夫が必要ではないかと思える。精神科救急体制作りと、自殺未遂者やひきこもり対策は本来一体になって進められるべきと考えられるが、必ずしもそうっていない。

多くの市町村・保健所では、自殺未遂者やひきこもり事例、さらに地域で事例化した未受診者などを抱えてその対応に苦慮している。一方、多くの精神科診療所は予約制になっており、当日の救急に対応しにくい現状にある。そこで、日中あるいは診療所の受け付け可能時間内に、市町村・保健所受診枠を設けて、事例化発生の当日でなくても、後日に医療につなげたい場合の受け入れ枠を

確保することも、診療所で行う初期救急の一つのあり方ではないだろうか。輪番診療所体制を、夜間休日の対応のみに限局するのではなく、このようなかたちで、精神科診療所の救急への貢献を引き出す必要がある。

平成28年4月から、自殺対策の主管が内閣府から厚労省に移った。それに伴い、すべての市町村において自殺対策に取り組んでいくこととなっている。このことを契機に、精神科救急体制作りと、自殺未遂者やひきこもり対策が一体的に進められることを期待したい。

VII-3 精神科のない総合病院への協力

多くの精神科のない総合病院では、身体合併症をもった精神疾患患者が搬送された場合、その対応に苦慮している。平成28年度診療報酬改定で、精神科医のいない総合病院に精神科患者が救急搬送された場合、救急搬送3日以内に精神科医師のコンサルテーションを受けることを条件に、総合入院体制加算を算定することが可能となった(図8)。このため、地域の精神科診療所群が調整を

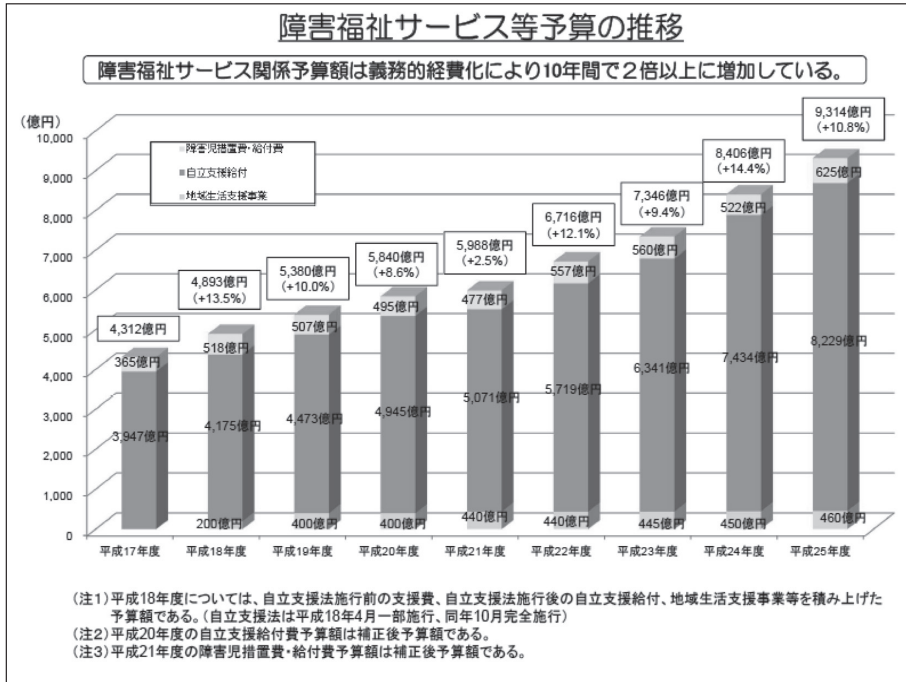


図9

行うことで、3日以内に総合病院に向きコンサルテーションを行う体制が進められてきている。このように、多くの精神科診療所医師は求められれば精神科のない総合病院への協力をを行い、地域貢献をする用意がある。

VIII 福祉との関係

VIII-1 障害者施策の変遷

昭和58年(1983年)に始まった国連・障害者の10年を受けて、日本の精神科医療の閉鎖性を変えていく動きが加速された。それはちょうど、精神科診療所の増加などともなう通院精神医療の充実と、精神障害への福祉的サービス重視への流れと重なっている。

平成5年(1993年)12月には障害者基本法が制定された。そこではじめて精神障害も他障害と同等のサービスを受けることができる「障害」として認知された。それまで精神障害に対しては、身体障害、知的障害に比べて福祉サービスが立ち

遅れていた。精神障害に対する社会的偏見、権利擁護運動の低迷、そして精神障害の定義をめぐる混乱などが背景にあった。

その後次々と、新しい精神保健医療福祉施策が押し進められた。平成7年(1995年)障害者プランが策定され、市町村には精神障害者を含む障害者支援計画の策定が求められた。平成7(1995)年にはこれまでの精神保健法が、精神保健福祉法と名称変更され、医学モデルと生活モデルの統合が図られた。平成16年(2004年)の精神保健医療福祉の改革ビジョンでは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策が示された。

VIII-2 障害者自立支援法の制定

平成18年(2006年)には障害者自立支援法が制定された。3障害に対するサービスを共通のものとし、その提供の主体が市町村に一元化された。障害福祉サービス関係予算が義務的経費化され、その後の10年間で2倍以上となっている(図9)。障害者自立支援法は、平成24年(2012年)に障

6. 精神障害者の障害福祉サービスの利用状況						
<ul style="list-style-type: none"> 平成27年3月現在、障害福祉サービスを利用している精神障害者は、16.9万人（実人員）。 障害福祉サービスの種類ごとの利用状況を見ると、約2.4万人が住まいの場としてグループホームを利用している。 日中活動の場としては、就労継続支援B型が6.2万人、就労継続支援A型が2.0万人、就労移行支援が1.4万人と就労系サービスの利用が最も多く、次いで日常生活上の訓練等を行う自立訓練（生活訓練）が0.8万人となっている。 平成24年4月から個別給付化された地域相談支援は、地域移行支援を382人、地域定着支援を1,184人が利用している。 						
サービス種類	総数	利用者数（人）（平成27年3月時点）				
		身体障害者	知的障害者	精神障害者	障害児	難病等対象者
居宅介護	155,787	67,221	27,756	50,572	9,524	714
重度訪問介護	9,960	9,506	372	47	2	33
行動援護	8,519	503	5,185	40	2,791	0
重度障害者等包括支援	29	8	21	0	0	0
同行援護	22,512	22,139	160	39	163	11
療養介護	19,457	16,832	2,607	4	7	7
生活介護	260,169	77,183	177,409	5,437	75	65
短期入所	43,119	10,845	23,974	1,361	6,927	12
施設入所支援	132,296	40,845	90,439	991	10	11
共同生活介護（～H26.3） 共同生活援助（介護サービス包括型） （H26.4～）	79,756	6,201	58,776	14,752	13	14
共同生活援助（～H26.3） 共同生活援助（外部サービス利用型） （H26.4～）	16,256	563	5,949	9,731	5	8
自立訓練（機能訓練）	2,435	2,353	14	55	0	13
自立訓練（生活訓練）	12,254	556	4,045	7,639	8	6
宿泊型自立訓練	3,882	63	1,159	2,659	0	1
就労移行支援	29,626	2,767	12,821	13,930	24	84
就労移行支援（難成施設）	134	134	0	0	0	0
就労継続支援A型	47,733	10,128	17,170	20,178	11	246
就労継続支援B型	196,019	25,022	109,176	61,628	67	126
計	1,039,943	292,869	537,033	189,063	19,627	1,351
計画相談支援	117,411	28,349	56,100	31,536	1,159	267
地域移行支援	500	44	74	382	0	0
地域定着支援	2,167	337	642	1,184	2	2
相談支援を含む計	1,160,021	321,599	593,849	222,165	20,788	1,620

図 10

害者総合支援法に改められ、今日に至っている。

精神障害は疾患と障害の両側面があり、その地域ケアは医療と福祉が協力連携して行われるのは当然であろう。しかし、入院治療が中心的役割を果たしていた頃は、医療が患者の生活を抱え込んでしまうという懸念が強かった。医師を中心としたヒエラルキーへの反発もあり、福祉関係者の医療への不信感・警戒感はかなり強いものがあつた。今日に至るまで、医療と福祉に共通の言語が育っていないのが現状である。

精神疾患を持ち日常生活において障害を抱えた状態から、回復に至る過程をリハビリテーションとよぶなら、その過程は医療も福祉も渾然一体となって進むはずであろう。わが国においては、医療と福祉が別建ての仕組みになっているため、無用な摩擦が生じてしまいがちである。医療と福祉をつないでいくための、双方からの特別な工夫が必要である。就労支援にしても居住支援にしても、医療の下支えが必要である。

VIII-3 医療と福祉をつなぐ回路

精神障害者に対する福祉サービスはそれなりに整えられてきてはいるが、障害者自立支援法成立以降も、医療と福祉をつなぐ回路は残念ながら確保されていない。入院治療が終了すれば、あとは障害者福祉の充実があれば精神障害者の地域生活は支援していけるというような乱暴な議論も目についた。

障害者総合支援法になっても、障害区分判定に主治医の意見は必ずしも必要はないし、その結果が主治医に報告されることもない。福祉サイドで作成されたケアプランが主治医に報告されることも、必ずしも求められていない。市町村において必置とされた自立支援協議会に医療機関の意見は必ずしも必要とされていない。3障害を統合することによって、共通の支援体制を創り出したのだが、医療からの関与が難しい仕組みとなっている。

VIII-4 相談支援体制について

障害者総合支援法の大きな柱の一つが、相談支援体制の充実である。相談支援はケアマネジメン

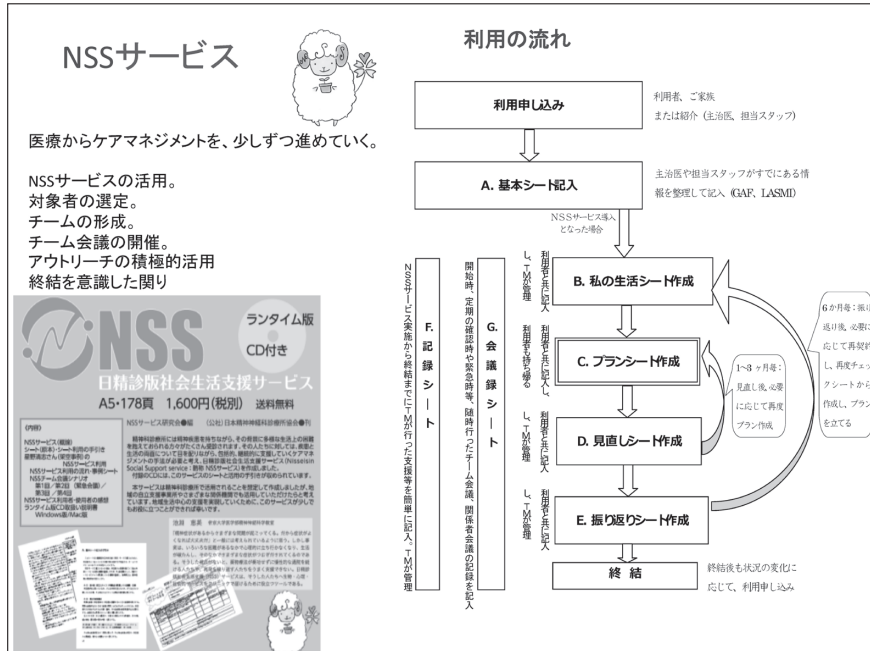


図 11

トの訳語であり、本来は医療を含めたすべてのサービスに関わっているはずである。しかし、わが国では障害福祉サービスの手配を中心としたブローカ型のものとして限定的な役割となっている。医療機関においても、ケアマネジメント機能を持っていく必要があるが、そのような仕組みになっていない。

そのようななかで、障害者総合支援法において平成 27 年 3 月までにすべてのサービス利用者に計画相談を作成することが決められている。ところが平成 27 年 3 月現在、障害福祉サービスを利用している精神障害者 16.3 万人に対して、3.2 万人しか計画相談を作成できていない (図 10)。その後も圧倒的に少ない相談支援体制のなかで、全国的にかなり無理をして、100% 作成率を目指して悪戦苦闘している状況が続いている。出来上がった計画相談は必ずしもそれぞれの利用者の個別のニーズに配慮したものになっているとは言えないし、作成している相談支援専門員には疲弊が見られる。

VIII-5 日精診版社会支援 (NSS) サービス

日精診では、医療機関におけるケアマネジメント機能を充実させていくために、日精診版社会支援 (NSS) サービスを作成している (図 11)。医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会全体の総合的なサービスの中でのどのように位置づけられているのか意識しながら、個別の支援計画を作成していく必要がある。今のところ、そのような行いには対価がないが、制度としての相談支援体制とうまくリンクさせていく仕組みが必要である。医療機関の作成した個別支援計画も、計画相談に組み込むことができるようになることが望ましい。

障害者のケアマネジメントは、とすると医療的ニーズが減少あるいは終了した段階で、福祉的サービスの手配を中心にサービスを組み立てていくものという誤解が発生しやすい。しかし精神障害は疾病という側面と障害という側面を併せ持っているという特徴がある。医療サービスを省略したケアマネジメントはあり得ない。医療と福祉をはじめとした様々な社会資源の連携のなかで、障

患者の自立と社会参加が実現されていくべきであろう。医療へのアクセスを十分に保証し、症状の変化にきめ細かく対応できる支援体制が望まれる。

VIII-6 営利企業の参入

障害者自立支援法の成立以降、福祉事業に営利企業の参入が可能となっている。全国的にこれまで、福祉とは無縁の業種の人たちが、突然就労支援事業所を開設している。利用者の地域生活を継続的に支援していくというよりも、企業の論理が優先されている。異業種の参入による就労支援の活性化などが意図されているのかもしれないが、医療機関が率先して高い倫理性を示していく必要がある。

IX 軽度または中等度の精神疾患

IX-1 OECD 提案について

OECD は、Making Mental Health Count 2014 で、日本がうつ病や不安神経症など軽度または中等度の精神疾患にも注意を向けるべきと提案している。そこには次のような記載がみられる。

○他の OECD 諸国では、総合医がこれらの精神疾患の治療を主に担っているが、日本のプライマリ・ケア制度は発展途上にある。日本は地域医療を担う全ての医療提供者の精神医療分野での能力向上を検討すべきである。

○日本はオーストラリアやイギリス、ノルウェーで行われているように、心理療法を中心として、軽・中等度の患者のためのエビデンスに基づく広く行き渡った治療プログラムの作成を検討すべきである。

軽度または中等度の精神疾患については、精神科診療所がもっとも中心的に関わっている。OECD が日本における精神科診療所の役割をどの程度理解しているのか不明であるが、抑うつ不安障害の方々が、家庭医ではなく経験を積んだ専門家に直接アクセスできるわが国のシステムはもっと評価されてよいと思われる。それにもかかわらずこの領域での対応に不十分な点があるとさ

れているのは残念である。

IX-2 精神疾患像の変化

今日、統合失調症や気分障害の軽症化が言われて久しい。軽症化と患者数の増加は表裏一体の関係にある。軽症化は必ずしも、治療が容易にはかどるということの意味しない。診断基準の問題や社会経済的要因も重なり、とりわけ「うつ病」の増加が顕著で 100 万人超の時代と言われている。自殺者が平成 10 年から 14 年連続で年間 3 万人を超え、その後減少したとはいえ平成 27 年でなお 2 万 4 千人以上の人が自殺している。若者を中心に自らの体を故意に傷つける症状の増加もみられる。また、自閉症スペクトラム障害など発達障害が、幼時だけでなく成人になっても多く診断されるようになり、多様な疾患と併存して治療関係を難しくしている。

様々な精神疾患に加えて、いじめ、虐待、不登校、ひきこもりなどに関わる精神的危機もある。今日の社会では相対的に寛容さが低下し、異質なものへの排除圧力は強くなっている。産業社会、地域社会、学校社会そして家庭から多くの人たちがはじき出されている。また、会社や学校現場に起きる様々な問題に対して、安易な医療化を求められるという面もある。多くの精神科診療所は、アクセスが良く、受診への敷居が低いために、多くの患者を受け入れている。

IX-3 薬物療法中心への批判

OECD 提案の背景には、薬物療法中心の精神科医療への批判があるのではないだろうか。精神科医師は薬剤の処方という有力な治療手段を持っている。薬が脳と身体の生理的な恒常性に作用する以上、そのことが治療的にも反治療的にもなる可能性がある。そういうリスクを自覚し、最適な処方を行っていくという専門性が、精神科医師に対してまず第一に期待されている。

その上で、精神科診療所医師には、様々な精神的困難を抱えて受診される人々のこころのケアをするという特別な役割がある。精神科診療所は、

「重度かつ慢性」の定義について

○平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。

○平成25年度から「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「**重度かつ慢性**」暫定基準案を作成。

平成27年度において、「**重度かつ慢性**」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を継続中。

「重度かつ慢性」暫定基準案

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて① 行動障害 ② 生活障害のいずれか(もしくは両方)が下記に該当する場合には、治療上の配慮が必要と判定する。

身体合併症については、下記に該当する場合に治療上の特別の配慮が必要と判定する。

1. 精神症状
BPRS総得点45点、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上
注) BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル」に準拠する。

2. 行動障害
2月調査で用いた問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。(項目28の「その他」は削除。項目の配列を改め、自傷他害に関連する事項をA項、その他をB項とする。)

3. 生活障害
障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。ただし、「7. 社会的適応を妨げる行動」は上記の行動障害と重複するので削除する。

4. 身体合併症
精神症状に併発する下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。
①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎

【補足】
上記の行動障害のA項、B項の区別の重み付け、過去の入院歴や社会適応度・必要とされた地域生活支援等の履歴事項については、今後の調査研究の結果を踏まえて検討を行う。さらに、暫定基準案のそれぞれの構成要素についても今後の調査研究により妥当性の検証と修正を実施する予定である。

※表1～3については研究報告書参照のこと

出典：平成25年度厚生労働研「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」総括・分担研究報告書の結果を基に作成

図 12

そこに行けばいつも同じ医師に出会える場所である。医師が開業を続ける限りその関係は変わらない。患者が一人では対処できない不安や苦悩を抱いた時、特別な意味を見出し新しい一歩を踏み出していけるよう支援をする。不安や苦悩を取り去る役割というよりも、不安や苦悩に寄り添い、回復に向けて希望を与え、生きていく支援を行う。人こそが人を癒せる。診療所では薬以上に、そこにいる医師という存在が重要であることを再確認したい。

IX-4 外来精神科医療の質

精神科病院の外来医療と精神科診療所の外来医療では、ベッドの有無が決定的に異なっている(有床診療所の価値については別に論じる必要がある)が、そのことは精神科診療所の医療の質にとってむしろアドバンテージである。病院ではいざとなれば入院という手段を考えることができるが、診療所ではその手段は使えない。その時、その場での出会いが全てであり、そこで起こる問題は全てその場で解決されなければならない。後方

に控えたベッドにその解決を委ねることはできない。後方にベッドが控えているかどうかで、その場における決意と覚悟が違ってくるし、おのずと診療の質が違ってくる。そのような外来精神科医療に対する積極的な評価を、これからも求めていきたい。

X 中等度または重度の精神疾患

X-1 「重度かつ慢性」基準について

「重度かつ慢性」とされる患者の基準が示された(図12)。精神症状がBPRS総得点45点またはBPRS下位尺度の1項目以上で6点以上であることに加えて、行動障害あるいは生活障害が一定以上であることが条件となっている。この基準によれば、1年以上の長期入院者の6割がこの基準に当てはまることから、今後この基準に当てはまらない4割の長期入院者の地域移行を進めることとなっている。

言葉を変えれば、この人たちは1年以上の長期入院がやむを得ないと認知されたことになる。し

平成26年度診療報酬改定

精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進①

精神科重症患者早期集中支援管理料①

➤ 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

(新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

1 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
イ 同一建物居住者以外の場合 1800点	イ 同一建物居住者以外の場合 1480点
ロ 同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合 900点 (2) (1)以外の場合 450点	ロ 同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合 740点 (2) (1)以外の場合 370点

時間体制での支援
○月1回以上の訪問診療
○週2回以上の精神科訪問看護
(うち月2回以上は作業療法士又は精神保健福祉士による訪問)

多職種チームによる定期的な会議

退院後病状が不安定な患者

13

図 13

平成28年度診療報酬改定

質の高い精神医療の評価②

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

➤ 長期入院後の患者等、自宅等で暮らす重症精神疾患患者に対する多職種協働の訪問支援や緊急時対応について、算定要件や施設基準を見直すことにより、より一層の普及を図る。

現行	改定後
【精神科重症患者早期集中支援管理料】 管理料1 イ 同一建物居住者以外 1,800点 ロ 同一建物居住者 (1) 特定施設等の入居者 900点 (2) (1)以外 450点 管理料2 イ 同一建物居住者以外 1,480点 ロ 同一建物居住者の場合 (1) 特定施設等の入居者 740点 (2) (1)以外 370点 【算定要件】以下の全てに該当する患者であること。 ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者 ウ 精神科への通院が困難な者 エ 障害福祉サービスを利用していない者 【施設基準】 (1) 常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。 (2) 24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。	【精神科重症患者早期集中支援管理料】 管理料1 イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,800点 ロ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,350点 管理料2 イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,480点 ロ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,110点 【算定要件】以下の全てに該当する患者であること。 ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者 ウ 精神科への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む) エ (削除) 【施設基準】 (1) 常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。 ※作業療法士は非常勤でも可。 (2) 24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

図 14

かし、この基準はすでに長期入院になってしまった人たちの調査から抽出されたものであり、クロザピンや m-ECT の使用の他、様々な心理社会的治療を組み合わせるなど、あらゆる治療的努力にもかかわらず回復が見込めない人たちという意味ではない。この基準に合致する患者は、地域の中

にも存在する。その人たちが、いかにして地域生活を継続できているのかをこそ調査して見る必要がある。

X-2 アウトリーチ推進事業

重症者に対する取り組みとしては、平成 23 年

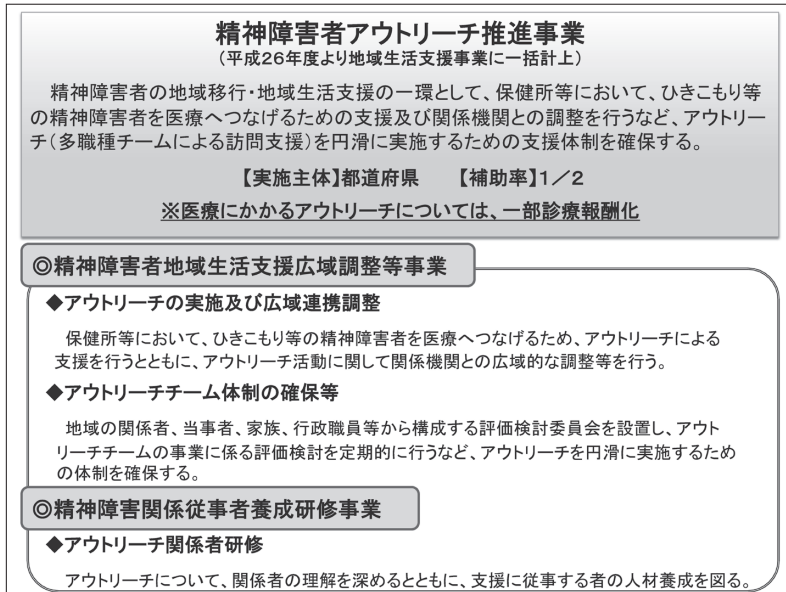


図 15

からアウトリーチ推進事業が行われた。精神科病院等に多職種・アウトリーチチームを設置し、受療中断者、未受診者、ひきこもり状態の者、長期入院の後退院し病状が不安定な者を対象にして実施された。この事業は、病床削減とリンクされたために概ね病院中心の事業となり、精神科診療所の役割への期待感には乏しいものであった。精神科診療所などを中心として地域で連携しながら「入院」という形に頼らない支援のあり方のモデルを構築することには必ずしもつながらなかった。

X-3 精神科重症患者早期集中支援管理料と地域生活支援事業

それでも、3年間の試行的な事業の結果、再入院となる割合や、退院後6カ月間の平均入院総日数に低下が見られたと総括されている。この事業を受けて平成26年からは、長期入院の後退院し病状が不安定な者など医療に関わる分については精神科重症患者早期集中支援管理料として診療報酬化された(図13)。算定要件が厳しく広がりには欠けていたが、平成28年診療報酬改定でやや緩められている(図14)。今後、重度の患者を支援していく際の基本要件になっていく可能性がある

が、その要件が実態に即したものに改められていくか注視していく必要がある。

その他、ひきこもりや未受診者などの医療に関わらない部分については保健所を中心とした地域生活支援事業に位置づけられた(図15)。かつて保健所は精神保健の第一線機関として機能していたが、保健所機能の低下していくなかで、この事業に積極的に乗り出そうとする保健所は少ない。多くの保健所や市町村はひきこもりや未受診者などを抱えながら有効な手立てがなく困っている。多職種によるチームを形成し、アウトリーチを行う機能を持った精神科診療所に委託するなどして、医療と保健の回路を確保し、地域生活支援事業の充実を図るべきである。

X-4 複雑・多問題事例について

精神科診療所で重い課題を持った患者というのは「重度かつ慢性」に留まらない。「重度かつ慢性」の基準に合致するかどうかにかかわらず、多職種による、アウトリーチを含めた丁寧な支援が必要な人たちが存在する。様々な生活上の困難を抱えて、具体的な生活支援が必要な場合は、1対1の医師の診察だけではQOLや症状の改善が見込め

ない。薬物依存、知的障害、発達障害が併存するなど複数の障害を抱えている場合は、単に処方調整だけでは対応できないことが多い。また家族に障害を抱えている方がいる場合には家族全体を見渡した支援が必要となる。家族一人ひとりの障害程度（支援）区分以上に、家族機能全体からみると大きな困難を抱えていることになる。このような人たちを一言で表すとすれば、複雑・多問題事例となる。

そのような人々をフォーマル・インフォーマルにかかわらず様々な社会資源と結びつけて、その人の持っている機能を最大限発揮できるように支援していく方法が重要となる。このように医療、福祉、教育、就労など様々な社会資源を結びつけて包括的、継続的に支援していく方法としてケアマネジメントの手法がある。病院では1カ所でサービスを完結することができたが、地域では1カ所でサービスが完結しない以上、様々な社会資源をつなぎ合わせ、それぞれの足りないところを補い合って、一つのパッケージとして提供していくケアマネジメントの手法が必要となる。

X-5 医療機関からのケアマネジメントサービス

このような観点から日精診では、日精診版社会生活支援（NSS）サービスを開発した（図11）。精神科診療所では様々な職種が働いているが、どのような職種であっても、自らの専門性を磨くとともに、自らが提供できない支援がある場合は、積極的に他の支援者をつないでいく意識が必要である。利用者のニーズに沿って期間限定の集中的なサービスを上乘せし、原則6カ月ごとの振り返りを行い、「支援につなげていく支援」を行うことを基本コンセプトとしている。

医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会全体の総合的なサービスの中でどのように位置づけられているのか意識しながら、個別の支援計画を作成していく必要がある。医療機関の方からも、福祉サービスやその他関係機関につないでいくような努力や工夫が必要である。今のところ、そのような行いには対価はないが、総合

的な地域ケアを進めていくためには、その努力や工夫は欠かせない。今後、医療を組み込んだケアマネジメントがどのような制度的仕組みになっていくのか、現状では不明である。それでも医療機関におけるサービスも自己完結的ではありえない以上、地域の様々な資源に開かれた医療サービスである必要がある。

XI 医療計画について

XI-1 医療計画を策定していくにあたって

精神疾患が5疾病に加わり、都道府県に医療計画を策定していくことが求められている。基本は地域生活であり、病状悪化の一時期入院治療を受けることになるが、その後再び地域に戻って生活を続けていくことになる。精神科医療提供体制における役割分担や機能の明確化が必要となってくるが、その中に精神科診療所も明確に位置づける必要がある。

精神科病床は、今後重度かつ慢性対応の病床を除いて、急性期対応中心にシフトしていくものと考えられる。そのため稼働病床が減少していくことが予想されるが、早期の退院支援を進め、空床を確保するなかで、救急に入院が必要な事態に対応できる体制を整えていくことが求められている。

そのためには、地域では長期入院者の受け皿を作り、地域生活定着支援の充実を図る必要がある。このように病院側の救急対応・早期退院支援と、地域における救急対応・地域定着支援がうまくかみ合って、病院と地域との好循環を確保していく必要がある。

精神疾患は入院治療のあとは地域の福祉でというわけにはいかない。入院治療の後も医療支援は不可欠である。そのためには入院中と地域の医療をできるだけシームレスにつなぐことが望ましい。そのためには入院医療と外来医療の相互乗り入れについての工夫が必要になってくるだろう。地域連携パスの作成や、医療を含めたケアマネジメントの手法が求められる。さらに障害福祉計画との整合性が求められる。

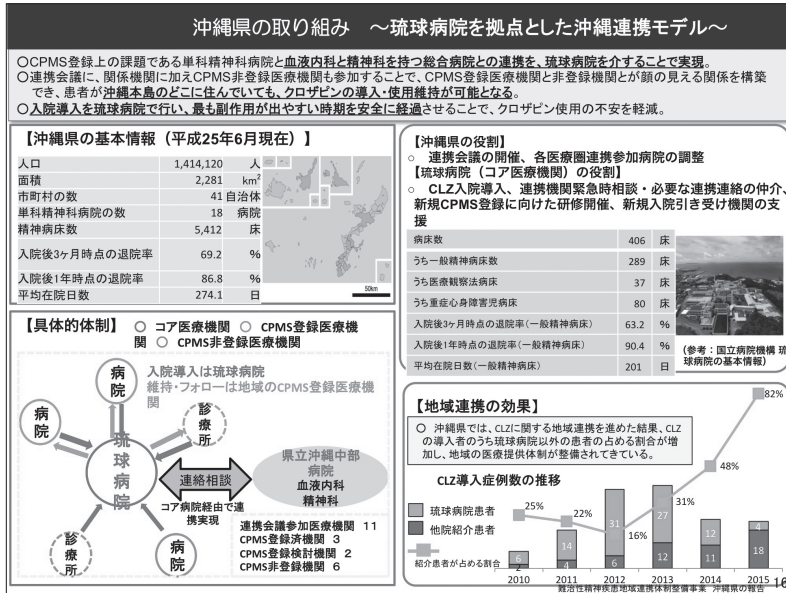


図 16

このようななかで新しく作られていく医療計画には、次のような項目が盛り込まれていけば、今後の精神科医療提供体制は大きく変わっていく可能性がある。

XI-2 クロザピン等を使用した地域体制の整備
 重度かつ慢性の基準が設けられ、これに合致する人に対し、やむを得ないとして1年以上の入院が認められた。しかしクロザピンや m-ECT の使用などが試みられておらず、あらゆる手立てを尽くしても退院に至らなかった患者群というわけにはいかない。少なくともクロザピン使用の連携体制を各地域で医療計画に書き込む必要がある。診療所にも重度かつ慢性に当たる人がいるが、その方々がクロザピン治療を求めた場合、現在の体制では圏域を離れたところ入院せざるをえず、また退院後も診療所はケアに関わることができない。沖縄県で進められた連携モデルを参考に、地域体制を作る必要がある（図 16）。

XI-3 精神科救急入院料病棟の整備と連携協力体制

精神科救急については、これまでは民間の精神

科病院を中心とした救急輪番制度に大きく依存して維持されてきたが、都道府県の責務として精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターが徐々に整備されてきている。精神科診療所も輪番診療所体制を組むなど、各地で精神科初期救急に参加している。一方、精神科救急入院料（スーパー救急）が2002年に新設され、その設置要件として圏域での措置入院数や夜間休日の診察数などがあげられており、本来なら、医療計画にもとづいて圏域単位で設置すべきものであるが、そうっていない。救急に熱心な病院が率先してスーパー救急を行っているという状況である（図 17）。急性期から回復・療養などの機能分化を図り、連携協力体制を展望するシステムを作り上げていく必要がある。

XI-4 総合病院に身体合併症対応機能の確保

平成 28 年度診療報酬改定で、いわゆる総合病院に身体合併症対応機能の強化に向けて誘導がなされた。救急告示病院には自損事例を含む身体合併症を持つ精神疾患患者が約 1 割存在すると言われており、救急告示病院である以上精神科対応が求められるが、現実には精神科標榜していない

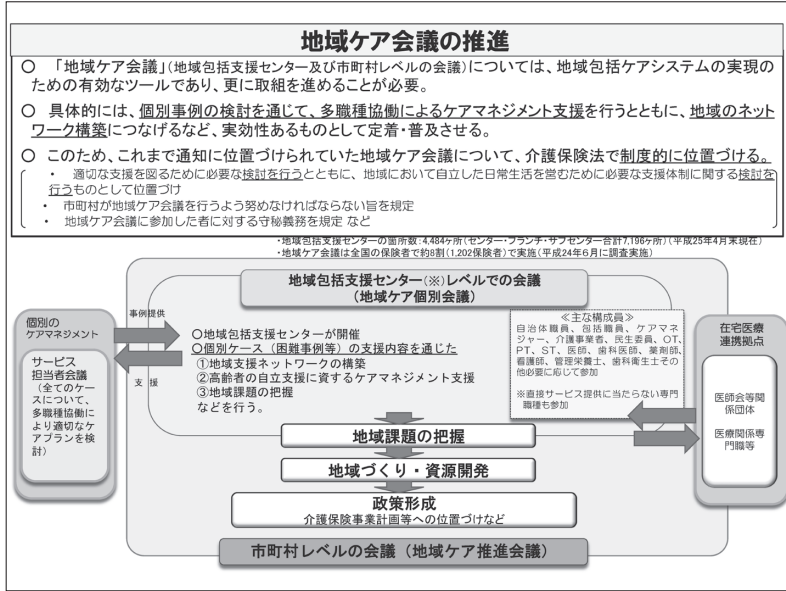


図 18

め現実的には困難である。市町村単独で、医療機関を確保できなければ2次医療圏で対応し、最終的には都道府県センターがバックアップするなど、精神科医療圏域と市町村との役割分担を整理する必要がある。

XI-8 コミュニティメンタルヘルスチームの設置と地域ケア会議の開催

市町村にメンタルヘルス対応のコミュニティメンタルヘルスチームを設置する必要がある。そうすることによってひきこもり事例など、援助希求能力の低い事例に対しては多職種でアウトリーチをふくめて対応していくことが可能になる。場合によってはその地域の医療機関に委託可能とする。地域に発生する事例は地域で対応するという地域責任制を進めていくことになる。市町村が必要と認める事例は、積極的にケア会議を開催し、必要に応じてコミュニティメンタルヘルスチームで対応していくことが望ましい。介護保険にケア会議が書き込まれているように、精神保健福祉法にもケア会議が書き込まれるならば、精神科診療所はそれに対応した体制を組んでいくだろう(図18)。

XII 地域責任制と連携

XII-1 キャッチメントエリアについて

わが国の医療制度では国民皆保険のもと、自由開業制とフリーアクセスが担保されてきた。このような制度的背景の中で精神科診療所も全国に展開してきた。したがってキャッチメントエリアは存在しない。キャッチメントエリアを考えることは、フリーアクセスが制限される恐れがあるとして、むしろ警戒されがちである。しかし、今後の地域精神保健福祉を充実させていくためには、精神科診療所は、その属する市町村あるいは2次医療圏をゆるやかなキャッチメントエリアとして設定し、その地域からの受診要請には積極的に答えていくことで、その地域への責任を果たしていくことが望まれる。

入院治療が中心だった時代は、いったん入院となると居住地から離れた病院に入ることとなり、その結果地域性が失われ、入院が長期にわたることになってしまいがちだった。今後の精神科医療は地域で提供されることが基本であり、精神疾患を持って住み慣れた地域で治療やリハビリテーションを受けられることが保証されなければなら

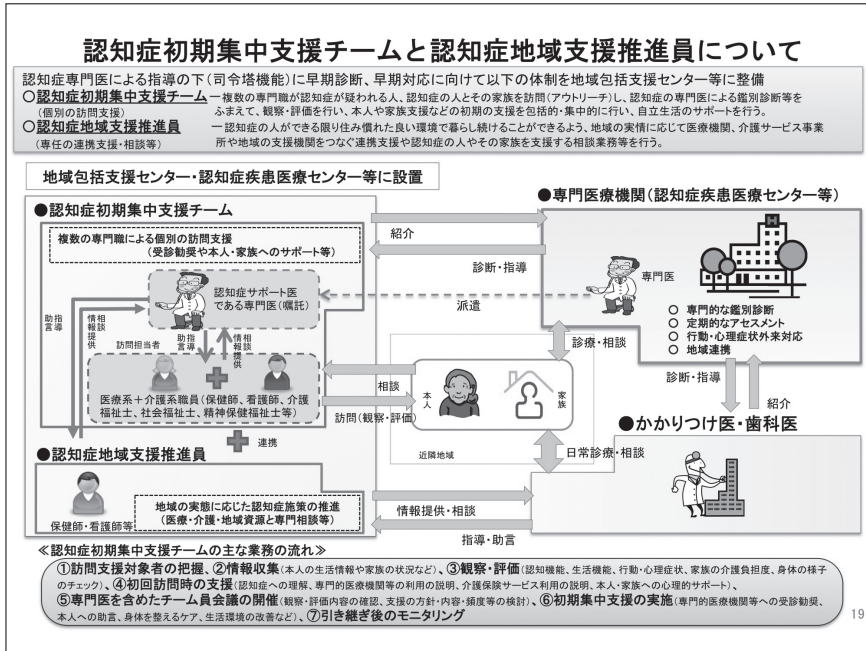


図 19

ない。そうすると、地域で開業する精神科診療所は、地域で生みだされる精神疾患については可能な限り対応していくという、地域責任制の考え方が重要となってくる。

XII-2 地域責任制の考え方

たとえばある地域に居住地を有する長期入院患者の地域移行を進めようとする時、その地域に責任を持っている診療所がある場合には、その診療所が受け皿となり地域移行がスムーズに行われる。長期入院者以外にも、非自発入院の後や、頻回入院を繰り返す場合にも丁寧な地域ケアが求められ、地域に責任を持つ診療所の役割が有用である。一方、地域移行が進むことによって病床に余裕ができた病院は、その地域で入院対応が必要な緊急事態が発生した場合には積極的に受け入れていくことで地域に責任を果たすことが可能となる。このように、病院と診療所がそれぞれ地域に責任を持つ形で好循環を生み出された場合、「自分たちの地域で起こる問題は自分たちの地域で解決」していくという地域責任制の考え方が共有されてい

くこととなる。

XII-3 精神科救急や自殺未遂者対策

1カ所の精神科診療所で対応できない場合は、地域の中で連携協力体制を作っていくことになる。一定の地域内で情報連絡を密に行い、関係機関の信頼関係を醸成していくなかで、各機関の役割分担を明確にし、連携協力体制を作っていく必要がある。精神科救急や自殺未遂者対策においても、地域に責任を持った取り組みが行われている。精神科救急医療体制では、本来は都道府県の公的な責任において実施すべきマクロ救急を、多くの地域で民間を中心とした精神科病院や診療所がそれぞれの役割を調整し、輪番を組むなどして対応している。

ある地域の精神科診療所群では、自殺未遂で救急告示病院に搬送されたのち、市町村が間に入り医療機関につなぐ必要があるとされた場合には、自殺未遂者対応受診枠を設けて受け入れ体制を整え、地域に責任を持つようとしている。またある地域の精神科診療所群は、精神科医のいない総合病

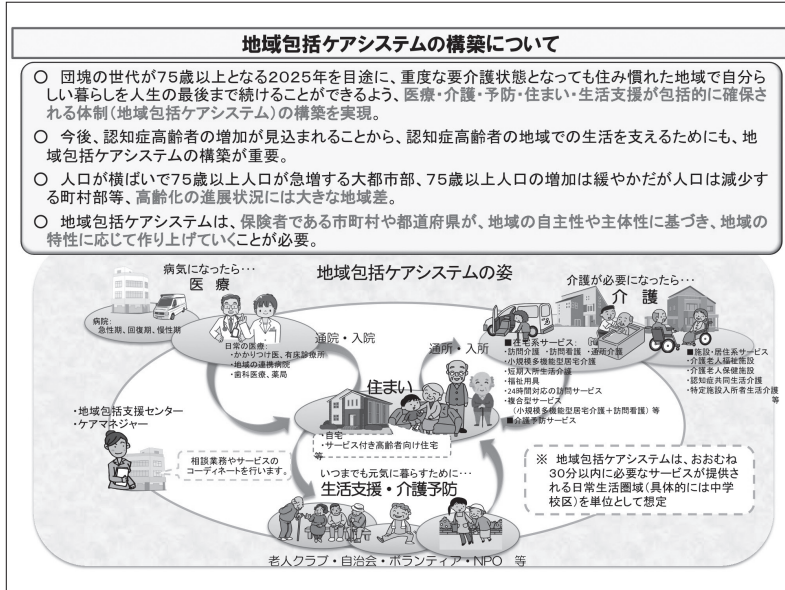


図 20

院に精神科患者が搬送された場合、3日以内に精神科診察をする体制を作ることによって、総合病院側に総合入院体制加算が発生する根拠を提供し、総合病院の精神科対応能力の向上に貢献するとともに、地域に責任を果たそうとしている。

XII-4 自ら援助を求めなかつたり、求めることができない人たち

フリーアクセスが保障されることによって、わが国では保険証1枚でどの医療機関も自由に利用することが可能である。医療機関は来るものは拒まず、去る者は追わずの姿勢でそれなりの責任を果たすことができる。しかし、自殺未遂者を含め、地域には医療対応が必要にもかかわらず、自ら援助を求めなかつたり、求めることができない人たちが多数存在する。高齢者介護、子ども若者支援、生活困窮者支援など様々な領域で医療とのつながりを求めて苦勞している状況がある。そのような人たちには、単に医療機関で待っているだけでは地域に責任を果たすことができない。多職種がチームを組み、アウトリーチを含めて支援していく必要が生まれる。場合によっては関係機関が協力連携する形で支援体制を組んでいく必要がある。

XII-5 地域のメンタルヘルスに責任を持つチーム

このようななかで、基礎自治体である市町村に地域のメンタルヘルスに責任を持つチームができることが望ましい。いわゆるコミュニティメンタルヘルsteam (CMHT) が地域にできるならば、保健医療福祉の枠を超えて必要な支援を届けることが可能となる。教育、雇用、司法など様々な領域とも連携することが可能となる。長期入院者の地域移行事例に加えて、医療中断者、未受診者への支援も視野に入ってくるであろう。ひきこもり、DV、薬物乱用など、待っているだけでは支援が届かない人たちへの多職種チームを組んで、アウトリーチを含めて積極的な支援を行うことが可能となる。市町村にその余裕がない場合は、そのような体制を整えた精神科診療所に委託することも可能である。

XII-6 市町村の役割

精神科診療所は自らのキャッチメントエリアをどこに設定することが妥当だろうか。地域包括ケアシステムの場合は、中学校区を中心とした生活圏域を想定しているが、精神科医療の圏域をそこに絞り込むのは難しい。介護保険や障害者福祉を

含め、対人サービスについては予算も権限も市町村に集中している。医療機関の偏在などにより、2次医療圏や精神科救急医療圏が設定される場合があるが、精神疾患においても基本は市町村の責任とし、足りない部分は保健所や精神保健センターで補っていくというのが自然であろう。このような形で、精神科診療所と市町村が連携して地域に責任を持つ形ができていくことが望ましい。既に認知症の場合は、認知症初期集中支援チームが作られている（図19）。精神疾患にも対応する、支援チームができ、地域に責任を持つ体制ができることを期待したい。

XIII 地域を耕す

XIII-1 地域包括ケアシステムの構築

超高齢化社会に向かう今日の政策課題として、地域包括ケアシステムの確立が求められている（図20）。地域包括ケアシステムは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制のことである。おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定されている。

地域包括的ケアは、高齢者介護だけでなく障害者福祉、子育て支援、生活困窮者支援などが本来含まれているはずであるが、これまでは、高齢者介護の領域で中心的に語られてきた。精神科領域では、早くからコミュニティケアへの取り組みがなされてきたが、政策的に進められることはなく、制度的・予算的裏付けに乏しかった。今後は、精神障害を持っていても住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援の包括的な確保が求められる。

XIII-2 「回復」「自立と社会参加」に向けて

地域包括ケアシステムの構築に向けて精神科診

療所は積極的な役割を果たすべきであろう。精神科診療所での在宅医療というと、在宅支援診療所という枠組みが活用できそうであるが、これは高齢者に対する「みとりの医療」をモデルに組み立てられており、「回復」「自立と社会参加」を目指した精神科の在宅医療とは目指すところが違っている。地域包括ケアシステムにおける精神科医療の関わりは未だ明確になっているとは言えない。

高齢化社会に伴って精神科医療が対応すべき問題は増えてきているのは事実である。認知症高齢者の増加、精神障害者の高齢化、保護者の高齢化に伴い「奥座敷問題」として浮かび上がってくる精神障害者の問題などである。障害福祉から介護保険への制度利用移行に伴うギャップを埋めていく作業を精神科医が担うこともある。しかしそれ以外に、精神障害者にも関わっている地域包括ケアシステムに精神科診療所が積極的に対応していくことによって、在宅医療において「回復」「自立と社会参加」を位置づけなおす契機になる可能性がある。

XIII-3 共に生きる社会実現に向けて

障害者差別解消法が2016年4月1日から施行され、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向け、障害を理由とする差別の解消を推進することとなっている。地域社会においても教育現場や職場などにおいても合理的配慮が求められる。障害者雇用促進法の改正によって、精神障害者の雇用は2018年度から義務化される。また、教育の分野では一人一人に応じた指導や支援（特別支援教育）に加え、障害のある者と障害のない者が可能な限り共に学ぶ仕組み（インクルーシブ教育システム）を構築することとされている。

このように障害者差別解消に向けての動きは着々と進められているが、地域社会では精神障害者の受け入れは必ずしも順調に進んでいるとは言えない。医療・介護・予防・住まい・生活支援などが連携し、精神障害に対して寛容で、共に生き

る社会実現に向けて豊かなネットワークを作っていく必要がある。関係機関がそれぞれの特性を生かして活動し、それがつながりあって、有効に機能していくために市町村を中心としたネットワークが形成されることが望ましい。

いま各地で、共生社会の実現に向けた取り組みが行われている。そのためには、地域の関係機関が集い、それぞれの信頼関係を深めつつ、協力・連携を推し進め、それぞれの地域の特徴を生かした地域連携ネットワークを進化発展させる必要がある。その地域の関係機関が、この地域のことは自分たちが力を合わせて、自分たちの手で解決しようという地域責任制の考え方が根付くことを期待したい。このような形で地域が耕され、地域のメンタルヘルス対応能力の向上が図られることが望ましい。精神科診療所は地域社会にあって、そのようなネットワークの中で積極的役割を果たす可能性があることを確信している。

XIV おわりに

ビジョンプロジェクトの約3年間の議論をまとめ、精神科診療所から見た精神科医療のビジョンを作成した。これを機に、全国に展開した精神科

診療所を有力な社会資源と位置づけた、わが国独自の精神保健医療福祉体制の構築が期待される。

平成25年度国民医療費の概況によれば、国民医療費約40兆円のうち、精神科医療費の占める割合は4.7%である。そのうち、入院外（外来）医療費には27.5%しか充てられていない。平成25年度に精神疾患が5疾病に加えられたが、それにふさわしい財政基盤が整えられているとは言えない。

入院医療中心から地域生活中心へというスローガンが掲げられて久しいが、精神科医療改革の議論は入院病床の扱いの周辺を漂い、今日においてもなお精神障害者を地域で支える仕組みに収斂していかない状況が続いている。

今後は、財源も人も大きく入院から地域へ移動していくことが考えられる。精神障害者を地域で支える仕組みについての議論はこれから本格的に始まろうとしている。その時にこのビジョンが少しでも役立つことができれば幸いである。

参考文献

日本医師会精神保健委員会（プロジェクト）答申
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20160608_5.pdf